Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 20 Kwietnia 1878. № 16. Rok XVII.

I. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzgnieniach wewnętrznych w skutek zwężlenia jelit (*nodus intestinalis*) powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

Z olbrzymim wzrostem, jakiego w ostatnich czasach doznaje na każdym kroku nauka anatomii patologicznéj i z mnożącemi się w piśmiennictwie niezwykłemi przypadkami napotykanemi przy sekcyjach, odkąd takowe stały się potrzebą i źródłem nauki dla każdego lekarza postępowego, i przypadki uwięzgnień jelit wewnętrznych bywały niejednokrotnie opisywane, a od czasów Streubla (1858 r.) ujęte nawet zostały w pewien system, do dziśdnia mający wielką naukową wartość. Mimoto jednak przypadki uwięzgnień jelit wewnętrznych w ogóle są do dziś dnia niezbyt liczne; a bardziéj jeszcze musimy to przyznać, jeżeli się uwzględni obfitą różnorodność zmian anatomicznych, jakie dostarczają materyjału do ogólnéj téj gromady; przypadki bowiem należące do poszczególnych odmian uwięzgnień wewnętrznych okażą się wtedy nader skąpemi, tak, że każdy nowy przypadek ogłoszony stanowi cenny dodatek do kazuistyki odnośnéj, z któréj nauka zaledwie dopiéro wysnuwać się ośmiela wnioski o warunkach powstania, przyczynowości, znakach rozpoznawczych tych przypadków, sposobie ich leczenia itp. Na dowód tego twierdzenia przytoczę tylko, że w polskiém piśmiennictwie w tym dziesiątku lat prof. Biesiadecki (p. Poszukiw. dokon. w Zakl. patol. anat. Un. Jagiell. T. I. 1870) opisał nową zatokę otrzewny, dotychczas nieznaną, w któréj mogą powstawać przepukliny wewnętrzne; w r. 1872 opisałem ja (l. c. T. II. 1875. Roczniki Tow. krak. nauk. z r. 1872.) przypadek dotychczas nieznany zadzierzgnięcia jelit w worku przepuklinowym; niedawno zaś podałem (Przegl. Lek. 1877. Nr. 46 i nast.) znowu zmiany nieopisane dotychczas w przebiegu zagłoby, stanowiącéj jedną z odmian uwięzgnień wewnętrznych. Z tego wynika podostatkiem, że akta w téj sprawie bynajmniéj nie można uważać za zamknięte.

Do bardzo niezwykłych a przytém nadzwyczaj zajmujących postaci uwięzgnień wewnętrznych należą i przypadki, w których uwięzgnienie zostało wywołane takiém ułożeniem i zaplątaniem jelit, że takowe tworzą ze sobą węzeł tak silnie zaciśnięty, że przechodzenie treści staje się niemożliwém. Dwa przypadki tego rodzaju, które zdarzyły się od czasu objęcia przezemnie prosektoryjum szpitala tutejszego na oddziale chorób wewnętrznych Dra O. Widmana i na oddziale chorób skórnych Dra Chądzyńskiego, których życzliwości zawdzięczam załączone historyje choroby, zasługują ze wszech miar na dokładny opis i podzielenie się niemi w gronie szankolegów.

I.

Splątanie dwóch pętli jelita biodrowego ze sobą i zwężlenie takowych przy okręceniu jelita w 2 miejscach około połowy swéj osi.

B a r b a r a T y r y j a n o w a, 53-letnia praczka, przyjętą została dn. 17 marca 1873 r. na oddział chorób wewnętrznych kobiecy (podówczas Dra O. Widmana) szpitala powsz. lwowskiego, w stanie konającym. Miała ona przed dwoma dniami spaść z drabiny, z wysokości jednego piętra na ziemię i w téj chwili poczuła ból w dolnéj części brzucha, który dotychczas nie ustąpił. Badanie wykazuje: kobietę w wysokim stopniu wychudłą i niedokrewną. Płuca wykazują odgłos wypukowy jawny, chociaż krótki; z obu stron słychać obfite rzężenia wilgotne. Uderzeń serca nie widać ani wyczuć nie można. Tętno drobne, nikłe, policzyć się nie daje; piérwszy ton nad tętnicą główną rozszczepany. Na całym brzuchu widać ślady świéżo przystawianych pijawek. Brzuch przedstawia poniżéj pępka niepodatną wyniosłość gładką, przy dotyku któréj chora boleśnie się skrzywia. Wypuk nad tą wyniosłością jawny, bębenkowy. Ciepłota ciała niska. Ciało pokryte lepkim potem. Zalecono eter z wodą wawrzynową; siły cho-

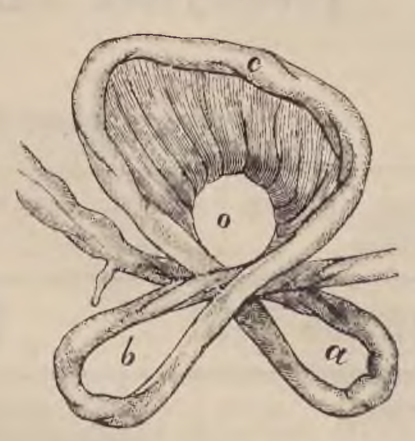
réj jednak coraz bardziéj upadały i o godz. 3ciéj po południu tegoż samego dnia chora umarła.

Sekcyja zwłok wykonana dn. 18 marca 1873 roku wykazała następujące szczegóły: Kobieta wzrostu średniego, wieku wedle wejrzenia 50 — 60 lat, budowy smukłéj, w wysokim stopniu wynędzniała i niedokrewna. Ściany brzuszne cienkie, wiotkie, w całości a szczególnie w części dolnéj, poniżéj pępka, mocno wydęte. Po otwarciu jamy brzusznéj uderza natychmiast cewa jelita cienkiego czarno-czerwono zabarwiona, mocno naprężona, połyskująca i ku przodowi łukowato wypuklona, która od wysokości pępka i od strony kątnicy przebiega w kierunku ukośnym na dół i na lewą stronę ku spojeniu kości łonowych. Przechodząc po téj pętli palcami, celem wyśledzenia jéj początku, dochodzi się z jednéj i z drugiéj jéj strony do zbitego, postronkowato zwiniętego węzła, w którym owe jelito końcami swemi się gubi. Węzeł ten leży tuż przy zakończeniu jelita biodrowego w jelicie ślepém, nad spojeniem krzyżowo-biodrowém prawém i jest tak okrytym pętlami otaczających go jelit, że dopiéro po odgarnięciu tychże może być widzianym. Od węzła tegoż widać przytém dwie niedługie pętle jelita cienkiego, z których jedna odchodzi ze środka węzła od przodu, pokrywa takowy częściowo i leży z przodu w kierunku ku kątnicy, druga zaś od środka węzła odchodzi z tyłu ku stronie lewéj, pokryta dolnym lewym końcem pętli środkowéj najpierw opisanéj i jelitem od węzła odchodzącém w dalszy ciąg jelit cienkich. Podstawy obu tych pętli, owijając się około siebie śrubowato, tworzą właściwy węzeł, uciśnięty nadto od góry bardzo silnie brzegiem kreski odwiniętéj jelita środkowego, opisanego na wstępie, które swoim końcem górnym prawym przechodzi w pętlę tylną lewą, końcem zaś dolnym lewym tworzy pętlę przednią prawą.



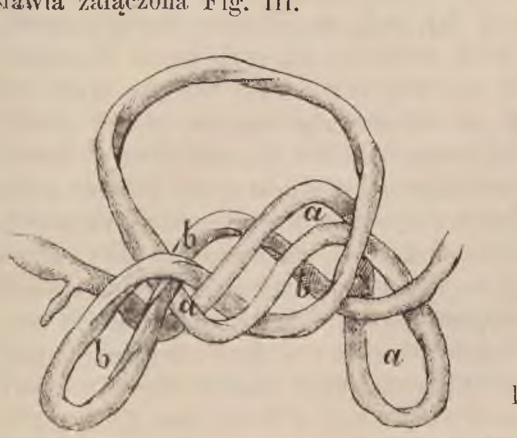
Wszystkie te trzy pętle, tj 2 boczne, a jedna środkowa poprzeczna są mocno wypełnione treścią płynną; ściany ich są połyskujące bębenkowato naprężone, a zabarwienie ścian ich czarno-czerwone odbija bardzo wybitnie od zabarwienia wszystkich innych jelit, słabo różowo zabarwionych. Wszelkie usiłowania, ażeby węzeł opisany rozplątać przed wypróżnieniem treści pętli splątanych, okazują się nadaremnemi, a nawet po wypróżnieniu ich przez nacięcia jelit udaje się rozplątanie dopiéro po mozolném rozwątleniu węzła, który jest tak silnie zaciśniętym, że jelita są tu o $^2/_3$ swéj grubości ścieńczałe, postronkowato wyciągnięte i zupełnie blade, a przez węzeł nawet grubszy zgłębnik nie da się przeprowadzić. Bliższe badanie stosunków tych przedsięwzięto dlatego po wyjęciu trzew z jamy brzusznéj, przyczém tylna ściana otrzewny wraz z kreskami jelit cienkich jak najstaranniéj utrzymane zostały. Przytém okazuje się, iż węzeł sam składa się z 4 białych, wyciągniętych i spłaszczonych cew jelitowych, z których 2 z prawéj strony ku lewéj przebiegające śrubowato zawijają się około 2 innych cew z lewéj ku prawéj stronie przebiegających, obie zaś tworzą opisane powyżéj pętle.

Po rozplątaniu węzła okazują się następujące stosunki: Jelito biodrowe tworzy w oddaleniu 4 cm. od kątnicy pętlę *a*, 28 cm. długą, któréj ramię niższe jest w saméj szyi pętli o połowę swéj osi przekręcone, a przytém tak skrzyżowane z ramieniem wyższém, że część jelita biodrowego końcowa leży w tyle i podchodzi ku górze, część zaś jelita biodrowego wyższa leży z przodu i poniżéj pierwszego jelita. Tak utworzona



pętla leży w kierunku od kątnicy ku lewéj stronie i nieco pochyło ku dołowi. Ramię jéj wyższe *c*, powróciwszy po utworzeniu pętli ku szyi takowéj w okolicy kątnicy, przebiega daléj w długości 30 cm. łukowato najpierw ku górze i prawéj stronie, potém na dół ku lewéj stronie, wreszcie od okolicy spojenia łonowego ku prawéj stronie, aż dochodzi napowrót do szyi pierwszéj pętli; z tego miejsca zaś tworzy w dalszym swoim ciągu pętlę drugą *b*, 30 cm. długą, która leży na pętli wpierw opisanéj, krzyżuje takową w szyi i przebiega w kierunku od góry i lewéj strony ku dołowi i ku prawéj kości biodrowéj; ramię zaś wyższe tejże pętli, powróciwszy do szyi swéj, przechodzi w dalszy górny ciąg jelita biodrowego i w jelito czcze. Ramię wyższe i téj drugiéj pętli jest w miejscu skrzyżowania się z szyją pierwszéj pętli o połowę swéj osi przekręcone i skupione tak, że ramię niższe jelita biodrowego leży z przodu i niżéj ramię zaś przechodzące w górny dalszy ciąg jelit cienkich leży w tyle i wyżéj od poprzedniéj cewy, krzyżując się nawzajem w saméj szyi pętli. *Fig. II.* Jelito łukowato przebiegające, środkowe i łączące ramiona obu opisanych pętli *c*, widzimy nadto na swéj kresce przenicowane do góry tak, że kreska téj części jelita w ogóle 11 cm. wysoka, w wysokości 6 cm. spada ku dołowi, niższe zaś części jéj w wysokości 6 cm. zwraca się napowrót ku górze, tylną dolną powierzchnią swoją patrzy ku przodowi, przednią ku tyłowi i tworzy tak wachlarz od węzła ku górze rozwarty, którego brzeg stanowi owe łukowate jelito. W ten sposób brzeg przenicowanéj téj kreski tworzy półpierścień tylny górny otworu *o*, którego półpierścień przedni tworzy 2 pętle krzyżujące się w swych szyjach. Przez otwór ten wsunęła się od tyłu i dołu pętla druga, tj. szczytem ku prawéj stronie skierowana, najpierw szczytem, potém coraz głębiéj, aż do swéj szyi i węzeł był utworzonym. Licząc długość jelita biodrowego od zastawki Bauhiniego do węzła 4 cm., pętlę dolną (tylną) 28 cm., jelito łukowato środkowe 30 cm., pętlę górną (przednią) 30 cm., a doliczając 4 cm. jelita wychodzącego z węzła w dalszy ciąg jelit, okazuje się, iż do utworzenia węzła całego została zużytkowaną długość jelita biodrowego wynosząca 96 cm. Długość całego jelita czczo-biodrowego od żołądka do kątnicy wynosi w ogóle 8·3 metra (26·4″), długość jelit grubych 2·5 metr. (8′), razem długość całego jelita 10·8 metr. (34·4″). Szema-

tyczny obraz dokonanego węzła, jednak zwolnionego, przedstawia załączona Fig. III.



Wysokość kreski jelit cienkich niejest wszędzie jednakową: mianowicie jest jelito biodrowe w części swéj najniższéj, w długości 4 cm. od kątnicy, przyczepione na kresce krótkiéj, napiętéj, tylko 3 cm. wysokiéj, nagle jednak kreska w pętli dolnéj jest już 15 cm. wysoką, poczém w jelicie środkowém, łukowato przebiegającém nad węzłem *(c)* jest tylko 11 cm. wysoką, w pętli górnéj dochodzi znowuż do wysokości 14 cm., w dalszym ciągu zaś ku żołądkowi kreska 9—10 cm. wysoką. Nadto spostrzegamy, iż rozłożywszy obie splątane pętle i rozciągnąwszy nieco ich kreskę, szerokość takowéj w pętli pierwszéj wynosi 4 cm., w drugiéj (wyższéj) 6 cm., a z tego powodu jelita, które obecnie wytworzyły splątane pętle, musiały nawet w zwykłych warunkach wisieć w miejscach tych w kształcie płaskich pętel, występując szczytami swemi niżéj od innych pobliskich jelit, wiszących równo i w jednéj wysokości na swych kreskach.

Otrzewnę części jelit w węzeł splątanych znaleziono, jak już namieniono, szafirową, połyskującą. Treść tych pętli stanowiła bardzo obfita ciecz krwawa, błonę śluzową ich znaleziono obrzękłą, naciekłą cieczą ciemną krwawą. Otrzewna reszty jelit cienkich drzewkowato nastrzykana, zresztą blada, bez śladu wypociny. Jelita nad węzłem zresztą rozdęte gazami i obfitą treścią cienką kałową, błona śluzowa ich bladoszarawa, podobnież znaleziono i żołądek. Jelita poniżéj węzła są próżne, blade, a błona ich śluzowa pokryta szarym śluzem.

Prócz tego znaleziono: opony mózgowe i mózg blade, niedokrewne. Płuca oba małe, miąższ jest suchy, większe tylko naczynia przepełnione krwią ciemną; w płacie dolnym płuca lewego liczne zraziki ziarniste, nad powierzchnią przekroju wystające, różowawe, za uciskiem wydzielające lepki płyn bezpowietrzny, brudno-żółtawy. W oskrzelach obfity śluz ropiasty, żółty, gęsty, tchawicę i krtań wypełniający. Serce małe, skurczone; zastawki lewéj połowy serca grubsze, mniéj podatne. Zresztą serce, wątroba i nérki małe, niedokrewne, kruche. Śledziona blado-wiśniowa, mała, miąższ jéj zbitszy.

Ciekawém jest w tym i podobnych przypadkach wytłumaczenie sposobu, w jaki zwęźlenie takie się dokonało? Otóż co do tego sądzę, ma się rzecz jak następuje: Jelito cienkie jest, jakto widzieliśmy, w danym przypadku niezwykłe długie; podczas gdy bowiem ogólna średnia długości jelita cienkiego wynosić zwykła 18', w naszym przypadku dochodzi ona do 26·4'. Jeżeli przytém jelita były obfitą treścią przepełnione, musiały one, ażeby znaleść w jamie brzusznéj odpowiednie miejsce, układać się w wysokie fałdy w kształcie żabotów, a przytém wywierać na siebie wzajemny ucisk, nadto starały się rozsuwać jak najbardziéj na boki jamy brzusznéj. Przy takiém ułożeniu jelit cienkich wisiały najbardziéj ku dołowi, raz z powodu najniższego przyczepienia kreski w części dolnéj jelita biodrowego, powtóre z powodu wydłużenia nadmiernego kresek, dwie pętle, które późniéj uwiązały ze sobą węzeł. Ponieważ przytém jelito biodrowe od początku kątnicy w długości 4 cm. przyczepione było nieruchomo na krótkiéj kresce, część ta nie mogła być z miejsca wypartą, poniżéj części téj powstał więc przestwór wolniejszy. Pętla najniższa będąc przy dolném ramieniu ustaloną, wisiała jak zwykle szczytem ku dołowi ku głębi miednicy małéj, wyższa jednak pętla, parta ku stronie prawéj wsunęła się szczytem przed pierwszą pętlę w ów przestwór wolniejszy pod kątnicą i końcem jelita biodrowego, przyczém ułożyła się poziomo od lewéj ku prawéj stronie, w skutek czego ramię jéj prawe stało się obecnie górném, ramię zaś lewe stało się dolném. Nadto ramię lewe musiało doznać pewnego naprężenia skutkiem wyciągnięcia ku stronie prawéj, podczas gdy ramię górne prawe miało ruchy zupełnie swobodne, nie było bowiem wcale wyciągniętém. Ramię to opadło więc skutkiem własnego ciężaru przed ramieniem lewém (obecnie dolném) ku dołowi miednicy małéj, wypychając ramię dolne ku górze i tyłowi, a skutkiem tego jelito ostatnie musiało doznać okręcenia około połowy swéj osi *(Achsendrehung)*. Najbliższém następstwem tego okręcenia było, że pętla owa, która z początku miała dość miejsca w przestworze opisanym pod kątnicą, wkrótce obrzmiała i powiększyła się do tego stopnia, że wyparła najniższą pętlę jelita biodrowego ku stronie lewéj i ta pętla ułożyła się więc poziomo od strony prawéj ku lewéj, tak, że obie pętle skrzyżowały się u swéj podstawy. W ostatniéj pętli ramię prawe, w dalszym ciągu ku kątnicy przebiegające, było pierwotnie dolném, ramię lewe górném; i tu jednak, jak w poprzedniéj pętli, wolniejsze ramię górne opadło wkrótce skutkiem swego ciężaru ku przodowi i dołowi, wypierając ramię przedtém dolne ku górze i tyłowi, co pociągnęło za sobą przekręcenie o połowę osi tylnego ramienia téj pętli i skrzyżowanie się takowych, a zatém uwięzgnięcie jelita w drugiem miejscu. Z ryciny II widzimy, że przednie i dolne ramiona przenicowanych pętel przechodzą w jelito środkowe, łączące obie pętle; ponieważ opadnięcie tych ramion ku przodowi i dołowi połączone być musiało z przegięciem kreski odpowiedniéj, przegięcie to obustronne musiało się udzielić i kresce należącéj do jelita środkowego *c*, między pętlami pozostałego w ten sposób, że kreska ta wraz ze swém jelitem wypuklić się musiały ku przodowi. Wypuklenie to musiało nastąpić i z tego powodu, ponieważ dwie opisane pętle oddalone od siebie o 30 cm. skrzyżowały się ze sobą w jednym punkcie, a skrzyżowanie to zajęło miejsce jelita, między temi pętlami wiszącego, takowe musiało się więc usunąć ku przodowi. Skoro zaś część ta jelita nie mogła poniżéj znaleść dla siebie dostatecznego miejsca z powodu obrzmiewania obu pętli po ich uwięzgnięciu, musiało ono podsunąć się ku górze, przyczém kreska tego jelita musiała w pewnéj wysokości załamać się, tak iż powierzchnia jéj tylna stała się przednią, jelito zaś przedstawia górny brzeg wachlarza utworzonego. Jak z tejże ryciny widzimy, utworzył się skutkiem tego odwinięcia kreski brzeg ostry, od tyłu półksiężycowaty, który z przodu przechodzi w jelita skrzyżowane, a brzegi te zamykają otwór *o*, poprzecznie owalny, wielkości około centa. Obie pętle w dalszym przebiegu z powodu swéj długości leżały w jamie miednicy małéj; obrzmiewając zaś coraz bardziéj uciskały się tak dalece, zwłaszcza napierane ciężarem innych jelit od góry, że wysunięcie się ich dobrowolne z miednicy małéj do jamy brzusznéj stało się niemożebném, a wtedy pętla obecnie prawa *b* (przedtém lewa), nie mogąc pomieścić się w pierwotnie obranym przestworze, wciśniętą została małą częścią od dołu i tyłu w otwór utwo-

rzony przez skrzyżowane szyje pętel i brzeg odwiniętéj kreski, a napierana coraz więcéj występowała otworem tym ku górze i przodowi powiększając się z téj strony, dopóki to w ogóle było jéj możebném. Obecnie pętla ta w otworze ciasnym mocno uciskana, brzmiała coraz więcéj i pociągała szyję swą z taką siłą, że dokonała wreszcie śrubowatego okręcenia obojga pętel i tak silnego zaciśnięcia węzła, jak to przy sekcyi napotkaliśmy. Oczywiście po dokonaném śrubowatém owinięciu się podstaw obu pętel i druga z nich również uciśnięta powiększając się przyczyniła się i ze swéj strony do jak najsilniejszego zaciśnięcia węzła.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. **Rydel.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Chciałbym wspomnieć jeszcze o jednéj okoliczności dotyczącéj ajtyjologii zaćmy. Wecker w znakomitém swojém dziele o chorobach oczu *(Traité théorique et pratique des maladies des yeux.* Tom II, str. 185, pierwsze wydanie z r. 1866), mówiąc o wpływie zatrudnienia na powstawanie zaćmy, przytacza, że górnicy w żupach solnych polskich dość często *(avec une certaine fréquence)* cierpią zaćmę. Przyczynę tego upatruje Wecker w działaniu soli kuchennéj na ustrój, która zgęszczając krew skutkiem utraty znacznéj ilości wody sprowadza zaćmę, tak samo, jak w znanych doświadczeniach Kundego na żabach, których potwierdzenie widzi Wecker właśnie w częstém zapadaniu naszych górników na zaćmę, zwłaszcza że górnicy w innego rodzaju kopalniach, żyjący w tych samych zresztą warunkach higijenicznych, nie podzielają ich losu. Nie wiem zkąd zaczerpnął Wecker tę wiadomość, gdyż źródła jéj nie podaje, a nie zdarzyło mi się zresztą nigdzie o niéj czytać. Według mojego doświadczenia poczytać ją muszę za mylną. Nie miałem wprawdzie sposobności badać górników na miejscu w Bochni i Wieliczce i przekonać się w ten sposób, jak często wydarza się u nich zaćma; gdyby jednak wiadomość ta była prawdziwą, musiałbym w klinice mojéj miewać koniecznie większą ilość górników dotkniętych zaćmą, a to tém pewniej, że już z powodu saméj blizkości i ubóstwa nie szukaliby z pewnością nigdzie indziéj pomocy. Tymczasem pomiędzy 124 mężczyznami leczonymi w klinice stałéj, a dotkniętymi zaćmą samorodną znajduję w przeciągu lat ośmiu z górą tylko jednego górnika z Wieliczki, nie licząc drugiego również z Wieliczki z zaćmą cukrzycową, którego jeszcze śp. prof. Gilewski przesłał mi z kliniki swojéj w celu operacyi. Przy dość znacznéj liczbie górników zatrudnionych w obu kopalniach przemawiałoby to raczéj za zbyt rzadkiém niż częstém występowaniem zaćmy u nich, zwłaszcza, że na 111 kobiet z zaćmą samorodną w tym samym przeciągu czasu było trzy z Wieliczki. Z tego wynikałoby chyba, że sól działa więcéj na mieszkańców tych miast górniczych żyjących na powierzchni ziemi, aniżeli na pracujących pod jéj powierzchnią.

Wzmianka Critchetta na zjeździe okulistów w Heidelbergu *(Sitzungsbericht der ophth. Gesellschaft 1873* stron. 459) w roku 1873, że rozwojowi zaćmy towarzyszy niekiedy zmiana refrakcyi oka na niedomiarową tak, że za pomocą szkieł wklęsłych osiągnąć można bardzo nawet znaczną poprawę widzenia w dal, stała się powodem długich rozpraw, w ciągu których jedni uczestnicy objawili swoje zdziwienie podając, że takiéj poprawy przez szkła wklęsłe nigdy nie zauważyli, drudzy zaś nie przecząc samemu faktowi powątpiewali, czy te oczy poprzednio nie były już krótkowidzącemi i radzili być ostrożnym w przypuszczeniu istotnéj zmiany, refrakcyi w skutku rozpoczynającéj się sprawy zaćmowéj. Do przypadków udowadniających stanowczo, że taka zmiana istotnie nastąpić może, a przytoczonych przez kilku biorących udział w owych rozprawach dodać mogę trzy ze swojéj strony; wprawdzie nie z kliniki, ale z praktyki prywatnéj, spostrzeganych po części już przed owym zjazdem. Pierwszy zwrócił moją uwagę na tę okoliczność ciekawą pan T. K. 67-letni obywatel z Podola rosyjskiego, operowany przezemnie w maju 1869 na zaćmę oka lewego, u którego sam się przekonałem, że g o ł é m okiem prawém, na którém od roku spostrzegał upośledzenie wzroku przez zaćmę początkową, widział o wiele lepiéj w pobliżu niż szkłami wypukłemi Nr. 10, bez których dawniéj nie mógł wcale czytać. Żałuję, że nie badałem u niego wpływu szkieł wklęsłych na widzenie w dal, chociaż sądząc według późniejszych doświadczeń nie wątpię prawie, iż byłyby okazały się pomocnemi. Ze szkieł zaś wypukłych, których używał dawniéj do czytania, jak niemniéj ze szkła Nr. 3½, którém najlepiéj widział w dal po wykonanéj operacyi oka prawego wnosić należy, że p. K. nie mylił się twierdząc, iż tak jednem jak drugiém okiem widział dawniéj zupełnie dobrze w dal i że refrakcyja jego oczu była pierwotnie miarową. *(O. Becker, Pathol. und Therapie des Linsensystems in Handbuch der gesammten Augenheilkunde von A. Graefe und T. Saemisch, V Band I Hälfte* str. 439.)

Drugi przypadek dotyczy 71-letniego p. W. R. obywatela z Tarnowskiego, który zasięgając w marcu 1877 rady mojéj z powodu upośledzenia wzroku osobliwie przy widzeniu w dal, doznawanego na obu oczach od roku twierdził stanowczo: „Dawniéj widziałem zawsze tak wybornie w dal, że „wzrok mój zadziwiał i budził zazdrość. Od roku widzę co-„raz gorzéj w dal, a za to lepiéj w pobliżu tak, że odrzuci-„łem okulary, których od wielu lat musiałem używać do czy-„tania, ponieważ niemi nie mogę teraz czytać, a za to czy-„tam znów jak za lat młodych gołemi oczyma.“

Badając wzrok przekonałem się, że p. R. rzeczywiście żadném gołém okiem nie widzi nawet 6/60 Sn. ale czyta zato przy pomocy szkła wklęsłego 3·5 D. (dawny Nr. 11) okiem prawém 6/18, okiem lewém 6/12 biegle; gołém okiem tak prawém jak lewém Nr. 1 Jaegera dość dobrze na 19 ctm. Badanie przy oświetleniu ogniskowém wykazało znaczne zżółknięcie jądra soczewki; wziernik zaś w obu oczach początki zaćmy korowéj (w oku prawém znaczniejsze) i żadnego śladu tak zwanego garbiaka tylnego *(staphyloma posticum)* ani żadnéj innéj oznaki rozdęcia tylnego odcinka błon ocznych. Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że budowa oczu była pierwotnie miarową, a wzrok krótki od roku nabyty polegał na zwiększeniu się siły łamiącéj przyrządu dioptrycznego.

Ale najciekawsze ze wszystkich spostrzeżeń w tym względzie zrobiłem w listopadzie 1873 u 72 letniéj pani H. G. z Bielska. Pozwolę sobie przytoczyć tutaj co o tym przypadku znajduję zapisane w moim dzienniku chorych prywatnych: „Twierdzi, iż dawniéj doskonale widziała w dal, a do-„daje, że do pobliża używała od wielu lat szkieł, których

„nie ma z sobą i numeru podać nie umie, od dwóch lat nie „potrzebuje szkieł do czytania, a za to źle widzi w dal. „Czyta Nr. 1 Jaeg. każdém okiem golém na $7^1/_2$“ trochę „trudno. Na 20 stóp nie widzi Nru 200 Sn. ale z—$^1/_{12}$ czyta $^{20}/_{50}$ ka- „żdém okiem osobno. Badanie wziernikowe nie wykazuje) nawet „przy najsłabszém oświetleniu słabym reflektorem Jaegera) ża- „dnego śladu rozpoczynającéj się zaćmy, na dnie zaś oka nic, coby „przemawiało za budową niedomiarową; przy oświetleniu „ogniskowém widać w obu oczach ciemno-żółte jądro socze- „wki i bardzo wyraźnie jakby popękanie jéj powierzchni.“

W lipcu 1874, a więc w ośm miesięcy później była p. H. G. znów u mnie. I tym razem nie znalazłem żadnych innych zmian przedmiotowych prócz powyżéj opisanych, a co szczególnie podnieść muszę, jeszcze żadnego śladu rozpoczynającéj się zaćmy; wzrok w pobliżu taki sam jak dawniéj, w dal zaś z—$^1/_{12}$ tylko $^{20}/_{70}$, za to z—$^1/_9$ S $^{20}/_{50}$. Stopień krótkiego wzroku wzmógł się więc dość szybko i znacznie, bo z $^1/_{12}$ na $^1/_9$.

Przypadek ten zdaje mi się z tego powodu ciekawym i ważnym, że niewątpliwe i coraz daléj postępujące zwiększanie się refrakcyi wytworzyło się bez najmniejszego zaćmienia soczewki, że więc w tym przypadku nie może być mowy o pojmowaniu krótkiego wzroku jako skutku zgrubienia soczewki z powodu jéj pęcznienia. Zmusza on owszem do innego przypuszczenia, a mianowicie do przypuszczenia zmiany wykładnika łamalności soczewki z innéj przyczyny, o któréj już Horner w przemówieniu swojém podczas rozpraw w Heidelbergu namienił.

To zwiększenie się wykładnika łamalności całéj soczewki, a tém samém jéj siły łamiącéj tłumaczy się zdaniem mojém zmianami schyłkowemi, które niekoniecznie prowadzą w końcu do zaćmy, ale w każdym razie jéj powstanie poprzedzają. Zmiany te polegają jak wiadomo na utracie wody, na zsychaniu się i twardnieniu soczewki, które rozpoczyna się w jądrze a zwolna postępuje ku jéj powierzchni; a ponieważ, jak Helmholtz dowiódł, odległości ogniskowe soczewki są mniejsze, aniżeliby były, gdyby cała soczewka składała się z jednolitéj masy, mającéj zbitość i siłę łamiącą jądra, sądzę więc, że znaczne i stosunkowo szybkie stwardnienie jądra, a więc zwiększenie się jego wykładnika łamalności, podczas gdy kora nie uległa jeszcze żadnéj albo tylko nieznacznéj zmianie, tłumaczy nam bardzo dobrze tak znaczne zwiększenie się siły łamiącéj całéj soczewki, że skutkiem tego refrakcyja oka dawniéj miarowa lub nawet nadmiarowa zamienia się na niedomiarową średniego albo zgoła wyższego stopnia. Tłumaczenia tego nie stósowałbym tylko do tego jednego przypadku, w którym soczewka była jeszcze zupełnie czystą, lubo oczekiwać należało jéj zaćmienia się, ale jeżeli nie do wszystkich to przynajmniéj do większéj części tych przypadków, w których już wyraźnéj, chociaż dopiero rozpoczynającéj się zaćmie towarzyszy zwiększenie się refrakcyi oka. Nie potrzebuję może zwracać osobno uwagi na późny wiek wszystkich trzech moich pacyjentów, tudzież na mocne i ciemno-żółte zabarwienie jądra soczewki.

Część II. Sprawozdanie z dokonanych operacyj zaćmy oraz spostrzeżenia i uwagi nad niemi.

W téj części zamierzam zdać sprawę ze wszystkich od października 1869 aż po koniec grudnia 1877 roku w klinice mojéj uskutecznionych operacyj zaćmy, a to tak pod względem samego działania operacyjnego i przebiegu po operacyi jako też pod względem osiągniętych wypadków.

Różnorodność postaci zaćmy, które były przedmiotem leczenia, jak niemniéj rozmaitość sposobów operacyjnych, które w poszczególnych przypadkach odpowiednio do wskazań naukowych zastósowano, zniewala mnie do podzielenia całego, dość licznego zastępu przypadków zaćmy, zgodnie z przyjętym powszechnie zwyczajem na pojedyńcze gromady.

Podawszy zatém naprzód ogólną liczbę operowanych i operacyj zastanowię się następnie szczegółowo:

A. nad przypadkami zaćmy samorodnéj niepowikłanéj operowanéj za pomocą wydobycia sposobem obwodowym liniowym Graefego.

B. zdam sprawę z zaćm powikłanych, szczątkowych, urazowych i wszystkich innych operowanych różnemi sposobami.

W ciągu tego sprawozdania nastręczy się niejednokrotnie sposobność podania do wiadomości czytelników zmian, które w zabiegu operacyjnym z biegiem czasu i postępem nauki próbować, a ostatecznie przyjąć lub odrzucić wypadło, tudzież pomówienia o ważniejszych spostrzeżeniach i doświadczeniach, mogących się przyczynić w czémkolwiek czy to do dokładniejszego poznania i wyświecenia nie zupełnie wyjaśnionych zjawisk, czy też do łatwiejszego i pewniejszego osiągnięcia pomyślnego skutku usiłowań leczniczych.

Ogólna ilość osób operowanych na zaćmę w ciągu podanego wyżéj czasu wynosiła 291, a mianowicie: 158 mężczyzn i 133 kobiét. Z tych operowano na jedném oku 184, na obu zaś 107; wykonano więc ogółem 398 różnych operacyj zaćmy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Zygmunt Dobieszewski (lekarz zdroj. w Marienbadzie): **Przewodnik do klimatycznego leczenia itd.** Warszawa 1878. Nakładem autora 8ka większa, 72 ark. drukiem str. 565.

Z przyjemnością witamy okazałe dzieło Dra D., które ze wszech miar zasługuje na bliższe nad niém zastanowienie się.

Nie tylko w naszém piśmiennictwie lekarskiém, ale nawet w literaturze zagranicznéj, klimatoterapija nie jest należycie uwzględnioną i umiejętnie opracowaną, pomimo niezmiernéj ważności leczeń klimatycznych w terapii chorób przewlekłych. Pochodzi to z wielkich, dotychczas nieusuniętych trudności, napotykanych w przedstawieniu odwiecznéj a nowéj téj gałęzi przyrodniczego lecznictwa, jako całości zostającéj w organicznym związku zarówno z zasadami meteorologii i klimatologii jak i teoryjami spółczesnéj fizyjologii i patologii, oraz zadaniami rozumowego leczenia chorób przewlekłych, które w miarę wikłania się społeczno-ekonomicznych stosunków nowszych czasów występują w coraz to nowych kształtach.

Wzmiankowane trudności w dziedzinie klimatoterapii są tak liczne, że niepodobna wszystkich ich wyliczyć w tém miejscu. Namienię przeto tylko o najważniejszych. Najpierw mimo licznych prac piętrzących się niemal z dniem każdym, nie mamy dotychczas szczegółowéj klimatografii, która zawsze stanowić będzie podstawę dla klimatologii, stósowanéj do celów lekarskich. Powtóre brak jest ścisłych doświadczeń fizyjologiczno-patologicznych co do działania szczegółowych

czynników a raczéj pierwiastków klimatycznych, oraz różnych klimatów na ustrój zdrowego i chorego człowieka. Słowem nie dostaje umiejętnych podstaw do ustanowienia ścisłych wskazań i przeciwwskazań dla szczegółowych miejsc klimatycznego leczenia czyli tak zwanych stacyj klimatycznych, oraz podstaw do ustanowienia umiejętnego podziału klimatów z klinicznego stanowiska.

Owe niedostatki są zarazem programem dla budowy ściśléj umiejętnéj klimatoterapii w przyszłości.

Skutkiem tych okoliczności istnieje w klimatoterapii istny labirynt empirycznych wiadomości, owych „swoistych właściwości" różnych stacyj zimowych i letnich, po którym błądząc nawet przy pomocy myśli przewodnich rzuconych przez przedstawicieli ściśléj umiejętnéj klimatoterapii (A. Mühry'ego, H. E. Richtera, Vivenota, Brauna,) nie można trafić do celu, co odstręcza i zniechęca lekarzy praktycznych do zajmowania się tą nauką, mimo że jéj zasady stosują w codziennéj praktyce. Jeden tylko Biermann usiłował mojém zdaniem pokonać wzmiankowane trudności kreśląc zasady racyjonalnéj klimatoterapii w sposób umiejętny, czego dość szczęśliwie lubo nie bez zarzutów dokonał.

Nasz autor zręcznie ominął owe trudności krocząc po drodze że tak powiem empirycznéj, turystycznéj, utorowanéj pracami Siegmunda, Reimera, Krahmera, francuskich autorów Lombarda i Carriera, oraz angielskich klimatoterapeutów Clarka, Benneta, Burgesa i innych, którzy lekarzom ułatwili ocenienie i wybór uzdrowisk klimatycznych za pomocą sumiennie zebranych faktów empirycznych odnoszących się do takich uzdrowisk.

Dzieło kol. Dobieszewskiego napisane wyłącznie w celu praktyczno-lekarskim, jak autor nas zapewnia. ma wyższość nad wzmiankowanemi pracami, opisuje bowiem wszystkie stacyje klimatyczne, a takiego podręcznika dotychczas w żadném piśmiennictwie nie mamy.

Opis szczegółowych miejscowości dla leczeń klimatycznych poprzedza autor ogólnemi wiadomościami (str. 5—43), w których najprzód pobieżnie wspomina o klimatycznych zmiennikach (modyfikatorach), a następnie przystępuje do skreślenia wpływu pierwiastków klimatycznych i różnych klimatów na ustrój ludzki w stanie zdrowia i choroby, opierając swe wywody głównie na francuskich źródłach. Jakkolwiek cel jasno przez autora wytknięty dostatecznie tłumaczy sposób traktowania przedmiotu, to jednak dzieło kol. Dobieszewskiego wiele zyskałoby na wartości i tak niezaprzeczonéj, gdyby autor używane do dziś dnia wyrażenia i określenia empiryczne oparł na przyrodniczych podstawach. W dzisiejszych czasach pojęcie miejscowości dla leczeń klimatycznych znacznie się rozszerzyło. Przez nie nie rozumiemy jak dawniéj wyłącznie stacyj klimatycznych w pojęciu angielskich klimatoterapeutów, lecz każdą miejscowość posiadającą świeże, czyste powietrze oraz warunki tak dobrze przez Schreibera skreślone (*Ueber das Wesen klimatischer Kuren* str. 67, 1876). Ztąd wypadało przy sposobności określić zdrowotne wzory szczegółowych klimatów (klimatu leśnego, kl. dolin, kl. podgórskiego, górskiego i jego odmian, wreszcie klimatu morskiego i jego odmian), oraz opisać ich działanie na ustrój, jak to uczynił autor mówiąc w ogóle o klimacie górskim i morskim, które ściśle rzecz biorąc w oderwaném znaczeniu nie istnieją. Uwagi te jednak nie są zarzutami tylko rzeczą osobistego zapatrywania.

Stacyje klimatyczne dzieli autor ze stanowiska leczniczego na morskie i górskie, oraz zimowe i letnie. W każdym z tych głównych działów trzyma się porządku geograficznego, to jest opisuje szczegółowe stacyje klimatyczne według krajów (str. 44—537), poprzedzając te opisy ogólnemi uwagami o klimacie pewnego kraju. Nie przeczę, że taki podział ma praktyczne zalety; jednakowoż czyby nie lepiéj uwydatniła się godna pochwały myśl autora uogólniania szczegółów (str. 44), gdyby przechodził stacyje klimatyczne według okręgów klimatycznych a nie krajów, jak to zaleca Lorenz i Roth *(Lehrb. der Klimatologie)*. Przez to dzieło Dra D. wiele zyskałoby pod względem dydaktycznym i umiejętnym, a zarazem spełniłoby się życzenie autora uogólnienia poglądu na całość przedmiotu, usunięcia chaosu z ogromu tegoż, ułatwienia spamiętania cech charakterystycznych pewnego działu klimatycznego. Autorowi i z tego względu nie można czynić właściwego zarzutu, sam bowiem uznaje tę zasadę dzieląc kraje na klimatyczne okręgi, lubo zasady téj nie przeprowadza przez całe dzieło.

W opisie szczegółowych stacyj klimatycznych kol. D. zwraca szczególną uwagę na topografiję miejscowości, o czém dotychczas powszechnie zapomniano. Przez uwzględnienie tego momentu autor o wiele przewyższył innych autorów, lekarzy zaś praktycznych zaznajomił z miejscowemi tajnikami ku wielkiemu ich pożytkowi, zwracając ich uwagę na ekspozycyję i ochronę od wiatrów różnych miejsc jednéj i téj saméj miejscowości. Po opisie topograficznym autor podaje ogólne cechy klimatu, przytacza spostrzeżenia meteorologiczne, opisuje roślinność, wygląd mieszkańców, pomieszczenie i rozrywki, pomoc lekarską, wreszcie wyszczególnia wskazania i przeciwskazania dla stacyi klimatycznéj. W krótkim artykule niepodobna uwydatnić zalet lub wytknąć wady szczegółowych opisów każdéj stacyi klimatycznéj. W ogóle można powiedzieć, iż opis jest owocem godnéj podziwu pracy, która jasno wykazuje niepospolitą znajomość piśmiennictwa klimatycznego oraz krytyczny zmysł autora. Potrafił on bowiem z tysięcy dzieł, rozpraw i broszur, rozmaitéj wartości, wybrać najwięcéj zasługujące na wiarę i zestawić treściwy a dokładny rys każdéj stacyi klimatycznéj, co nie jest rzeczą łatwą.

W pracy leksykograficznéj takich rozmiarów niepodobna było uniknąć drobnych usterków, jak przepomnienie o niektórych stacyjach, np. o Szmeksie *(Neu Tatrafüred, klinische u. therapeut. Studie v. Dr. N. Szontagh. Budapest 1877)*, pewnéj niejednostajności w układzie tablic meteorologicznych, którą utrudnia ich porównanie itd. Usterki te niczém są jednak w obec praktycznych zalet roztrząsanego dzieła.

Pomimo, że autor pisał tylko „Przewodnik dla klimatycznego leczenia," to jednak nie zapomniał o podziale stacyj klimatycznych według ich leczniczych własności, to jest na stacyje z klimatem, 1) łagodzącym i lekko krzepiącym; 2) z klimatem krzepiącym i lekko pobudzającym; 3) z klimatem mocno krzepiącym i mocno pobudzającym. Podział ten jest sprawiedliwym; szkoda tylko, że w dziele tego rodzaju nie mógł być umiejętnie uzasadniony. Również autor nie pominął klimatologii klinicznéj, zamieszczając za wzorem Biermanna rozdział: „Jakich chorych i do których stacyj klimatycznych wysyłać należy." I tutaj nie będziemy robić żadnych zarzutów; jest to bowiem dziedzina osobistych poglądów a dyskusyja w tym przedmiocie wymagałaby osobnéj rozprawy. — Wreszcie rozdział o urządzeniu podróży i pobytu w stacyjach klimatycznych uzupełnia praktyczne cele roztrząsanego dzieła.

Lekarz praktyczny z przewodnikiem kol. Dobieszewskiego śmiało może wędrować po całéj Europie, a choćby nawet nie podróżował, jest wszędzie jakby w domu. Ma w nim podane wskazówki do najodpowiedniejszego wyboru stacyj klimatycznych, z uwzględnieniem indywidualnych właściwości okresu choroby i chorego, dowie się z niego gdzie i w jaki sposób ma przysłać chorego, jakich może spodziewać się skutków, słowem lekarze praktyczni powinni być wdzięczni Dr. D., że obdarzył ich przewodnikiem po istnym labiryncie najsprzeczniejszych sądów.

Sposób wykładu jest ścisły a przyjemny, właściwy autorowi, język w ogóle poprawny, przyczém nie popadł on w przesadę bezwzględnego spolszczenia nazw obcych, lubo co do niektórych nie można się zgodzić z autorem np. na nazwę „nietykalność“ zamiast „naturalna ochrona“ *(immunitas.)*

Dzieło w mowie będące ofiarowane prof. Chałubińskiemu, wielkiemu zwolennikowi leczeń klimatycznych w uzdrowiskach krajowych, wydał kol. D. własnym nakładem, będąc niejako pewnym, że koszta wydawnictwa nie będą pokryte. Jest to w każdym razie godna uznania zasługa.

Z tych powodów polecam „Przewodnik dla leczeń klimatycznych,“ lekarzom praktycznym, jako niezbędny w codziennéj praktyce. Dziwić się tylko wypada, że dzieło niezaprzeczonéj wartości, jedyne w swoim rodzaju, nie znalazło podobno w drodze prenumeraty takiego poparcia, jak na nie zasługuje. *Dr. Lutostański.*

Bouchard: O niebezpieczeństwie podawania niektórych leków w cierpieniach nerek.

Od dawna już wielu autorów wspominało o objawach otrucia albo przypadkach śmierci przy zadawaniu niektórych leków silnie działających nawet w niewielkich dawkach, jeżeli nerki były chorobowo zmienione. Beauvais, Todd i Dickinson zauważyli trudniejsze wydzielanie z ustroju wraz z moczem dzielniejszych środków jak makowca, rtęci itd. u cierpiących na białkomocz. Charcot i Bouchard zwrócili uwagę, o ile należy być ostrożnym przy podawaniu nawet małych dawek przetworów makowca w chorobie Brighta, sprowadza on bowiem bardzo często niepokojące objawy mózgowe, a nawet zdaje się, że w kilku razach wywołał przypady mocznicy. Także i przetwory ołowiowe zadawane w dawkach leczniczych mogą być przyczyną pojawów otrucia, jak to się np. zdarzyło u człowieka cierpiącego na dnę, leczonego przetworem ołowiu w celu uśmierzenia i zatamowania krwotoku, a gdzie w krótkim czasie nastąpiła niemoc i kolka ołowiowa, wraz z cierpieniem dziąseł wskazującém ogólne otrucie ołowiem. Rtęć według Garroda i Price Johnesa sprowadza rychléj ślinotok u cierpiących na dnę, niż u innych chorych. Niedostateczność wydzielania się terpentyny, asparginy drogami moczowemi stosuje się do tychże samych przypadków (Hahn cytowany przez Guilberta. *Traité de la goutte* 1820). Charcot potwierdza także to zdanie a Bouchard nowemi licznemi doświadczeniami rozwinął tę kwestyję w ostatnich latach podając bardzo ciekawe spostrzeżenia w tym względzie. Chauvet w swéj rozprawie inauguralnéj z przeszłego roku p. t. *„Du danger des medicamentes actifs dans les cas de lésions rénales.“* (Sprawozdanie Dra Gajkiewicza w „Medycynie“ Nr. 45, 1877 r.) dowodził na nowo rychłego czyli prawidłowego, lub opóźnionego więc chorobliwego wydzielania niektórych substancyj przez nerki. I tak: siarkan chininu okazywał się w moczu u osoby będącéj w stanie zupełnego zdrowia w 25 minut po zastrzyknięciu go pod skórę. Zupełne wydalenie go z moczem z ustroju trwało w przecięciu od 3ch do 4ch dni. Znajdowano wtedy w moczu $^1/_3$—$^1/_4$ części siarkanu chininu w stosunku do całości zastrzykniętego lub strawionego przetworu.

Przy zmianach chorobowych w nerkach wydzielanie chininu trwa rozmaicie a ilość wydalona nie przedstawia więcéj nad $^1/_{10}$ do $^1/_{50}$ części przetworu przyswojonego. Bromek potasowy u chorych na nerki pozostawał w ustroju 30—35 dni, tymczasem u zdrowych wydalenie tegoż z moczem trwało tylko około 20tu dni.

Takiż sam rezultat daje i jodek potasowy. Po zadaniu 2·0 jodku nie zauważano ani śladu jego u zdrowéj osoby po 3ch dniach. Przeciwnie przy białkomoczu wydalanie przetworu jodu trwa 5—7—12 dni.

Przy oględzinach pośmiertnych osób zmarłych na mocznicę w następstwie zadawania rtęci lub z powodu otrucia ołowiem znajdowano ilości bardzo wyraźne rtęci i ołowiu w nerkach. W tych więc przypadkach nagromadzenie się rtęci i ołowiu w ustroju sprowadziło zatrucie temi metalami i zaostrzyło chorobę nerek, a w następstwie czego nastąpiło zatrzymanie mocznika i innych materyj zwykle z moczem wydzielanych, a które sprowadziły mocznicę.

Dwa spostrzeżenia przytoczone w téj rozprawie odnośnie do rtęci dowodzą, jak należy być ostrożnym w zadawaniu tego środka a przytém świadczą o konieczności ścisłego badania nerek i moczu. Obaj chorzy zmarli. Jeden po 3ch wtarciach szaruchy, drugi po przyżeganiu azotanem rtęci. Znaleziono rtęć w mózgu i nerkach chorobowo stwardniałych.

Salicylan sodowy podany w dawce 8·0 wydala się ze zdrowego ustroju po 40—65 godzinach, w przypadku cierpienia nerek znajdowano go w moczu jeszcze 5go i 6go dnia. Nakoniec niedawno spostrzegano przypady otrucia atropinem u chorego dotkniętego gruźlicą narządów moczo-płciowych, u którego stósowano atropin lecząc zapalenie tęczówki.

Z tych względów zaleca Bouchard, aby przed zadawaniem leków silniéj działających zbadać dokładnie mocz a tém samém przekonać się o stanie nerek, gdyż choroby nerek robią trującemi te leki nawet w małych dawkach podawane. Wreszcie radzi i lekarzom sądowym aby w swych sprawozdaniach mianowicie o otruciach zbadali dokładnie stan nerek, gdyż przypadki śmierci przez nieostrożność *(homicides par imprudence)* mogą zdarzać się u ludzi ze zmienionemi chorobą nerkami, zwłaszcza po zadawaniu makowca. *(Gaz. des Hôp.* Nr. 23, 1878). *Dr. M. Ż.*

Haenisch: Znakiem wczesnym suchot zniżenie obojczyków.

Dr. H. zauważał za pomocą stetografu, że rozszerzanie się szczytów płucnych zmniejsza się, gdy takowe są chore i że ono jest zawsze mniejsze po stronie choréj. Przedstawia on także w rozpoznawaniu początkowéj gruźlicy pewien znak wskazywany już przez Aufrechta. Koniec obojczyka przyczepiony do wyrostka szczytowego łopatki winien być wyżéj położony, aniżeli koniec mostkowy. Jeżeli się on obniża, to znaczy że pole oddechowe ścieśniło się z téj strony. Jeżeli znajdzie się obydwa końce obojczykowe na jednéj powierz-

chni, winno się wtedy podejrzywać gruźlicę, a głównie wtedy, jeżeli są i inne objawy niepokojące. *(Gaz. des Hôp.* Nr. 32, 1878.) *Dr. M. Ż.*

Seguin, Schätzke: **Leczenie bólu połowiczego głowy.**

Seguin zachwala środek dawniéj już przez Greena polecony, a mianowicie *Cannabis Indica.* Kobietom daje po 0·02 wyciągu wyskokowego w pigułkach 3 razy dziennie przed jedzeniem, stopniując dawkę po kilku tygodniach do 0·03. Mężczyźni rozpoczynają od 0·03 i dochodzą do 0.045. Główną jest rzeczą, aby chorzy zażywali regularnie i przez czas długi; mimo to nie zauważano przykrych objawów pobocznych. — Schaetzke zaś zaleca *Natrum salicylicum* po 2 gramy w niepełnéj szklance wody ocukrzonéj na raz jeden w początkach napadu i środek ten poczytuje jako nie zawodzący. *(Berl. klin. Woch.* 1878, Nr. 15). *L. B.*

Neftel (w Nowym Yorku): **Przyczynek do etyjologii padaczki.**

Doświadczenia przez Westphala czynione wykazały, że u świnek morskich można wywołać padaczkę przez uderzenia narzędziem tępém w głowę zadane; jednak Westphal zastrzega się przed stósowaniem tego wyniku doświadczalnego do etyjologii padaczki u ludzi, ponieważ nie widział nigdy przypadku, w którymby napady epileptyczne występowały po wstrząśnieniu mózgowém. Natomiast Leyden, a zwłaszcza Nothnagel, opisują przypadki epilepsyi u ludzi, powstałéj skutkiem upadnięcia na głowę. Podobny przypadek bardzo ciekawy opisuje i Neftel; młody prawnik doznawszy wstrząśnienia mózgowego skutkiem kilku uderzeń otrzymanych w głowę za pomocą gałki ołowianéj od laski popadł następnie w epilepsyję, podczas gdy nie było objawów, świadczyć mogących o anatomicznych zmianach w mózgu. Młodzieniec nie był dziedzicznie usposobionym do nerwic, a przed obrażeniem był całkiem zdrów i bardzo uzdolniony do zawodu swego. Leczenie prądem galwanicznym wywołało znaczne polepszenie. N. zwraca uwagę, czy téż w wielu przypadkach obrażenia głowy skutkiem upadnięcia lub spadnięcia u dzieci małych nie stają się przyczyną epilepsyi, i czy leczenie galwaniczne i w innych przypadkach epilepsyi nie okazałoby się zbawiennèm. *(Archiv. f. Psychiatrie u. Nervenkr.* VII, 1, p. 124—139). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Sekcyja higijeniczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie Isze z dnia 28go lutego 1877 r.

Przewodniczący prof. Dr. Janikowski. Obecnych członków 12 i 3 gości.

Po przywitaniu przez Przewodniczącego obecnych gości dyrektor instytutu przemysłowo-technicznego p. Ziembiński przystąpił do zapowiedzianego wykładu i mówił o dotychczas znanych przyrządach ostrzegających o wszczynającym się pożarze. wykazał ich wady, to jest niepewność w działaniu, skomplikowane urządzenie a ztąd ich kosztowność, poczém przystąpił do okazania przyrządu własnego pomysłu, który jest daleko prostszy, tani, w działaniu prawie niezawodny, bo sygnalizujący uszkodzenia, które się mogą przypadkowo wydarzyć. Prelegent przedstawił ten przyrząd w kilku odmianach; pierwsza z nich polega na rozszerzalności powietrza. Przyrząd można nastawić na dowolną ciepłotę, jednakowoż w pewnych tylko granicach, gdyż takowa zależną jest od ciśnienia powietrza (stanu barometru), w któréj przyrząd działa. Drugi aparat polega na parowaniu siarczku węgla, lub eteru, i działa niemal niezawiśle od stanu barometrycznego, w ciepłocie od 34 do 44° C. Trzecia odmiana polega na stapianiu się cienkiego drucika w ciepłocie 63° C. Następnie wykazał prelegent różnicę w działaniu powyższych przyrządów. Ostatni z nich jest zdaniem jego najprostszy i najtańszy, lecz po każdém działaniu wymaga założenia nowego łatwo topliwego drucika. Pierwsze zaś dwa powracają po działaniu, to jest po obniżeniu się ciepłoty, do normalnego stanu. Wszystkie przedstawione przyrządy były urządzone i zastósowane na odległość sygnalizowania przeszło jednego kilometru. Bateryja galwaniczna mimoto składała się tylko z dwóch elementów Leclancha i jednego bardzo stałego elementu Meidingera. Koszta urządzenia tych przyrządów są mniejsze od innych tego rodzaju, ponieważ wszystkie przyrządy połączone są jednym drutem. Nadto zużycie bateryi jest bardzo małe, aparaty nie ulegają żadnéj zmianie, choćby po najdłuższém ich użyciu.

W ożywionéj rozprawie w tym przedmiocie brali udział prawie wszyscy obecni członkowie. Prof. Kuczyński wykazał, iż wprawdzie myśl sygnalizowania podwyższonéj ciepłoty za pomocą prądu elektrycznego nie jest nową, albowiem istnieje znaczna liczba przyrządów do tego celu służących. Opisał następnie takie przyrządy, między innemi przyrząd powszechnie używany w obserwatoryjach astronomicznych, który na wzór telegrafu wskazuje ciepłotę powietrza każdéj chwili i przyznał, iż sposób zastosowania powyższéj myśli oraz zaprowadzone ulepszenia nadają przyrządowi p. Ziembińskiego znamię wyższości nad dotychczas znanemi a to głównie z tego powodu, iż ostrzega on zarazem o uszkodzeniu przyrządu, co jest bardzo ważném. Prof. Olszewski jest zdania, że w okazanych przyrządach zepsucie jest bardzo łatwe, a powtóre, że po osłabnięciu bateryi dzwonkowéj przyrząd nie będzie sygnalizował ognia. W odpowiedzi namienia p. Ziembiński, że takich uszkodzeń nie można brać w rachubę, tak samo jak nie można uwzględnić przypadku, gdyby ktoś rozmyślnie usunął np. dzwonek z tego przyrządu. Wyjaśnia daléj, że wszystkie części całego urządzenia znajdują się pod ścisłym nadzorem w zamknięciu, części zaś zewnętrzne jak drut, przechodzący przez wszystkie lokale do miejsca, w którém znajduje się dzwonek: bateryje, tudzież rozmieszczone wszędzie „strażniki“ nie mogą być przerwane lub stłuczone bez wprawienia w ruch dzwonka sygnalizującego. Prof. Grabowski opowiada o podobnych przyrządach, używanych w pracowniach chemicznych.

Przedmiot ten ratownictwa ogniowego dał następnie powód do rozpraw mających bezpośredni związek z higijeną. Prof. Kuczyński opisał przyrządy ostrzegające o gromadzeniu się gazów szkodliwych, jakoto: bezwodnika węglowego i tlenku węgla.

Dr. Domański zapytuje się, czy nie można zastósować do potrzeb higijeny szpitalnéj przyrządów oznaczających ilość nagromadzonego w powietrzu sal bezwodnika węglowego, jakotéż przyrządów rejestrujących ciepłotę w celu utrzymania jéj na jednostajnéj stopie w tychże izbach. W odpowiedzi na rzucone pomysły odpowiada kol. Lutostański, iż dotychczas nigdzie nie zastosowono takich przyrządów w szpitalach. Trudno przypuścić, aby przyrządy ostrzegające o gromadzeniu się gazów szkodliwych (CO_2 i CO) mogły mieć praktyczne zastósowanie w szpitalach z powodu małych dopuszczalnych ilości takowych. Jak wiadomo wartość graniczną dla dobrego powietrza stanowi u CO_2 1 na tysiąc, a nawet według Degena i Chaumonta tylko 0·6 cz. na tysiąc bezwodnika węglowego. Takich małych ilości przyrządy wzmiankowane oznaczyć nie mogą. Co zaś do przyrządów rejestrujących ciepłotę sal, to mogą być zastósowane przy urządzeniach centralnego ogrzewania i wentylacyi. Żadnych jednak doświadczeń w téj mierze nie posiadamy. Dr. Kazimierz Grabowski wspomina, iż ilość zawartego bezwodnika węglowego w powietrzu przestrzeni zamkniętych służy jedynie za miarę zawartych w niém części organicznych. Zdarza się, iż powietrze zawiera więcéj bezwodnika węglowego nad oznaczone wartości a mimoto nie można uważać go za zepsute i odwrotnie. Przyrządy więc w mowie będące nie spełniałyby celu. P. Hoff rzuca myśl o zastóso-

waniu chlorku miedziowego do przyrządów ostrzegających o obecności tlenku węgla w powietrzu.

W końcu przystąpiono do wyboru przewodniczącego i sekretarza Sekcyi higijenicznéj na czas dalszy. Jednomyślny wybór powołał na przewodniczącego Dra Lutostańskiego, na sekretarza zaś lekarza miejskiego Dra Rybczyńskiego. Nowo obrany Przewodniczący dziękując za wybór mówił o zadaniach sekcyi higijenicznéj. Sekretarz *Dr. Rybczyński.*

Posiedzenie IIgie z dnia 19 marca 1878.

Przewodniczący: Dr. Lutostański. Obecnych członków 10.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący uzasadnia potrzebę rozszerzenia dotychczasowego zakresu działania sekcyi i przedkłada regulamin komisyi higijenicznéj, który przyjęty został.

Przewodniczący wnosi następnie zaproszenie na członków przybocznych p. Prezydenta miasta Dra Zyblikiewicza, b. wiceprezydenta miasta Dra Strzeleckiego, prof. Dra Kuczyńskiego, prof. Dra Rostafińskiego, naczelnika straży pożarnéj Eminowicza. Wybór ten sekcyja uchwala i postanawia przedstawić do potwierdzenia Tow. lek. krak.

Daléj uzasadnia potrzebę utworzenia w Krakowie stacyi doświadczalnéj dla badań higijenicznych.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera najprzód głos prof. Janikowski podnosząc praktyczność téj myśli ze względu, że nie potrzeba żadnych funduszów do jéj natychmiastowego uskutecznienia, gdy tymczasem gdzieindziéj jak np. w Warszawie obmyślają dopiero środki zebrania niezbędnych funduszów na założenie takiéj stacyi doświadczalnéj, poczém popiera rzuconą myśl i poczynione wnioski.

Wiceprezydent miasta Dr. Schmidt zgadzając się na wniosek wspomina najprzód, że nie byłoby trudném utworzenie stowarzyszenia higijenicznego. Drobne składki roczne stowarzyszonych służyłyby na pokrycie wydatków stacyi doświadczalnéj, jak to ma miejsce w Kolonii, Hanowerze i w innych miastach niemieckich. Zapytuje się atoli, co byłoby lepszém, czy utworzenie takiego stowarzyszenia, czy też utworzenie związkowéj stacyi doświadczalnéj podług podanych przez przewodniczącego zasad. Po odpowiedzi prof. Janikowskiego i przemówieniu Dra Kazim. Grabowskiego, przewodniczący zwraca uwagę na ważność poruszonéj przez Dra Schmidta myśli, która zajmowała i zajmuje sekcyję higijeniczną od lat dwóch. Z uwagi jednak na trudności, jakie niewątpliwie napotyka się przy tworzeniu takiego stowarzyszenia, mniema, że myśl rzuconą przez Dra Schmidta należy uważać za wniosek samoistny dążący do rozszerzenia działalności sekcyi w tym kierunku, poczém czyni 2 wnioski: 1) wybrania komitetu, któryby zajął się ułożeniem prac i regulaminu związkowéj stacyi doświadczalnéj dla badań higijenicznych. Wniosek ten sekcyja uchwala i postanawia zaprosić do niéj proff. Stopczańskiego, Julijana Grabowskiego, Olszewskiego, Rostafińskiego, Dra Kazimierz Grabowskiego, prof. Hoffa i wnioskodawcę. 2) wybrania komitetu, któryby zastanowił się nad sposobami rozszerzenia i rozpowszechnienia działania sekcyi higijenicznéj. Wniosek ten również uchwalono i wybrano Dra Schmidta jako wnioskodawcę, prof. Janikowskiego i budowniczego pana Łuszczkiewicza.

Wreszcie przewodniczący odczytuje pierwszą część swéj rozprawy o ścianach, wyprawie tychże, pomalowaniu i obiciach pokojowych ze stanowiska zdrowotnego, tudzież okazuje doświadczenia dotyczące przenikliwości dla powietrza rozmaitych materyjałów budowlanych. Rozprawa ta wkrótce drukiem ogłoszoną zostanie.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Rybczyński, sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 18 kwietnia. W urzędowéj *Gazecie Lwowskiéj* (z d. 13 b. m. Nr. 101) znajdujemy następujące ogłoszenie konkursu.

„L. 2455. W celu przeprowadzenia sankcyjonowanéj najwyższém postanowieniem z dnia 11 listopada 1877 reorganizacyi publicznéj służby zdrowia przy władzach politycznych w królestwie Galicyi i Lodomoryi z W. księstwem krakowskiém, rozpisuje się niniejszém konkurs do obsadzenia następujących posad:

a) 22 lekarzy powiatowych z rangą IX klasy,
b) 33 lekarzy powiatowych z rangą X klasy,
c) 11 asystentów sanitarnych.

Z posadą lekarza powiatowego połączone są pobory systemizowane dla odnośnéj klasy rangi ustawą z dnia 15 kwietnia 1873 (l. 47 dz. u. p.), z asystentów zaś sześciu pobierać będzie adjutum w kwocie rocznych 600 zł., a pięciu także adjutum w kwocie 500 zł. w. a.

Posady lekarzy powiatowych ustanowione będą na teraz przy starostwach w Białéj, Bochni, Borszczowie, Brodach, Brzeżanach, Buczaczu, Cieszanowie, Czortkowie, Dobromilu, Dolinie, Drohobyczu, Gorlicach, Gródku, Horodence, Husiatynie, Jarosławiu, Jaśle, Jaworowie, Kałuszu, Kamionce strumiłowéj, Kołomyi, Kossowie, Krakowie, Krośnie, Łańcucie, Lisku, Lwowie, Mielcu, Nadwórnéj, Nisku, Nowym Sączu, Nowymtargu, Pilźnie, Przemyślu, Przemyślanach, Rawie, Rohatynie, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Skałacie, Sokalu, Śniatynie, Stanisławowie, Stryju, Tarnobrzegu, Tarnopolu, Tarnowie, Tłumaczu, Turce, Wadowicach, Zaleszczykach, Zbaraży, Żółkwi i Złoczowie, zaś posady asystentów przy starostwach w Bóbrce, Bohorodczanach, Brzozowie, Chrzanowie, Dąbrowéj, Kolbuszowéj, Limanowéj, Myślenicach, Podhajcach, Starém-mieście i Żydaczowie.

Ubiegający się o te posady winni wnieść podania swoje zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wskazane ustawą z dnia 21 marca 1873, l. 37 dz. ust. państwa, najdaléj do 10 maja r. b. do c. k. Prezydyjum Namiestnictwa, a to lekarze zostający już w publicznéj służbie sanitarnéj przez swoją władzę, inni zaś kompetenci bezpośrednio. Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa. We Lwowie dnia 11 kwietnia 1878“.

Tym sposobem oddawna zapowiedziana i oczekiwana organizacyja publicznéj służby zdrowia stanie się faktem i w Galicyi, wprawdzie o lat kilka późniéj, aniżeli w innych krajach koronnych, ale przyznać musimy, że kraj nasz na zwłoce zyskał o tyle, o ile w porównaniu z innemi krajami koronnemi otrzymuje większą liczbę urzędników zdrowia. Zwłoka w ogóle była wynikiem niemożebności pogodzenia ze sobą żądania ministerstwa spraw wewn., aby liczba lekarzy powiatowych w Galicyi dotąd 74 wynosząca znacznie zredukowaną została, z oświadczeniem śp. Namiestnika Gołuchowskiego, że z istniejących posad lekarskich w Galicyi żadnéj nie uważa za zbyteczną. Na *non possumus* władz galicyjskich ministerstwo odpowiedziało swojém: my możemy czekać. I czekało, aż w zaprowadzonéj tymczasem nowéj instytucyi asystentów sanitarnych, oraz w degradowaniu większéj połowy lekarzy powiatowych do niższej (Xtéj) rangi służbowéj nie znalazło środka, aby pogodzić zasadę oszczędności z zasadą bronioną przez władzę krajową. Jeżeli zważymy, że lekarz, czy on będzie lekarzem powiatowym wyższéj lub niższéj rangi, lub asystentem sanitarnym, pełnić będzie obowiązki jedne i te same, to przyznać należy, że jakkolwiek liczba urzędników lekarskich z 74 przecież zredukowaną została do 66, to jednak redukcyja ta nie jest wielkiéj wagi, jeżeli wszędzie miano na oku większą łatwość komunikacyi za pomocą kolei żelaznych lub z powodu nie wielkiéj odległości jednego miejsca od drugiego, jak np. między Krakowem a Wieliczką, między Białą a Żywcem. Tak więc z 74 powiatów, na które Galicyja się rozpada, 55 powiatów będzie siedzibą lekarzy powiatowych (przyczém zaszła jeszcze zmiana, iż zamiast Birczy siedzibą lekarza powiatowego od roku jest Dobromil), 11 powiatów siedzibą asystentów sanitarnych, a 8 miejsc powiatowych, jakoto: Brzesko, Grybów, Mościska, Ropczyce, Rudki, Trębowla, Wieliczka i Żywiec pod względem zdrowotnym połączonych będzie z powiatami sąsiedniemi, czyli tworzyć będzie wraz z ostatniemi wspólny powiat zdrowotny *(Sanitätsbezirk).*

Pod względem liczby urzędników lekarskich kraj zatém nie doznał znaczniejszego uszczerbku; natomiast uszczerbek widoczny jest po stronie lekarzy, ponieważ $^3/_5$ lekarzy powiatowych umieszczone zostały w niższéj randze; nadto powstała nowa kategoryja pełniących obowiązki lekarzy powiatowych, tj. asystentów sanitarnych, którzy bez rangi i bez płacy

stałéj, li za roczną zapomogą 5—600 złr. w. a. nie będą asystować starszym kolegom (jakby po ich nazwie spodziewać się wypadało), lecz sprawować obowiązki dawniejszych lekarzy powiatowych przy starostwach, które odtąd nie będą siedzibą fizyków. Powtarzamy więc, że na téj zmianie nie kraj ale lekarze tracą, ale mniejsza o to, od czasu gdy p. minister spraw wewnętrznych wyrzekł pamiętne słowa, że i tak znajdzie aż nadto dosyć lekarzy, ci ostatni wiedzieli, czego się spodziewać mają.

Ale daleko ważniejszą jest teraz kwestyja nadania posad. Od należytego obsadzenia zależy pomyślność kraju pod względem zdrowotnym na długie lata. Spodziewamy się, że po usunięciu się kolegów, którzy służbę swoją już ukończyli lub takowéj dla nadwątlonego zdrowia lub braku kwalifikacyi pełnić nie mogą, pozostanie dość znaczna ilość miejsc na nowo obsadzić się mających. Wyrażamy tylko życzenie powszechne, jeżeli się oświadczamy za tém, że pierwszeństwo należy się tym kolegom, którzy mogą wykazać się z odbytego egzaminu na fizyków, i że dopiero po nich zasługują na uwzględnienie ci, którzy z jakiegokolwiekbądź powodu uzyskali uwolnienie od tego egzaminu. Zdawałoby się wprawdzie zbytecznem dodać, że wymagać należy i gruntownéj znajomości języka polskiego, a przecież dodatek ten zdaje nam się być bardzo ważnym. Kraj ma prawo żądać, aby wszyscy lekarze rządowi nie tylko w podaniach swych twierdzili, że władają językiem urzędowym, ale aby go istotnie umieli; że dotąd rzecz inaczéj się miała, powszechnie wiadomo; dosyć zajrzeć do aktów urzędowych, aby przekonać się, że niektórzy fizycy systematycznie posługują się językiem nieurzędowym, ponieważ urzędowego wcale nie znają.

Namiestnictwo ma trudne przed sobą zadanie, ale tuszymy sobie, że wywiąże się z niego dobrze i z korzyścią dla kraju, mając głównie na względzie zdolność kandydatów do sprawowania urzędu połączonego z tak wielką odpowiedzialnością.

* Egzaminy rządowe dla lekarzy i weterynarzy, ubiegających się o posadę rządową, odbędą się w drugiéj połowie maja rb., dla pierwszych w Krakowie, dla ostatnich we Lwowie (p. ogłoszenia).

* Z 5go sprawozdania komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie za r. 1877, które nas właśnie dochodzi, dowiadujemy się, że N. Pan postanowieniem z d. 16 grudnia 1876 r. zezwolił na udzielenie szpitalowi św. Ludwika zapomogi w kwocie 15,000 złr. w. a. z dochodów najbliższéj dobroczynnéj loteryi państwowéj, oraz że wydział krajowy zgodził się z wnioskiem komitetu Tow., iż do szpitala św. Ludwika można przyjmować chore dzieci, mniéj niż jeden rok liczące, które są odstawione od piersi, a tém samém kwalifikują się do sztucznego żywienia.

* W połowie maja rb. otwartym zostanie w Morszynie pod Stryjem zakład leczniczy dla cierpiących na choroby przewłoczne, głównie zaś piersiowe, na wzór zdrojowiska górskiego Dra Brehmera w Görbersdorfie na Szląsku pruskim. Lekarzem zakładu będzie Dr. Z. Dzikowski z Kałusza.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 13 (od 24 do 30 marca włącznie) umarło w Krakowie osób 58; 33 mężczyzn i 25 kobiet; 25 osób w obwodach i 33 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 54,7; we Lwowie 33,5; w Warszawie 33,7; w Poznaniu 26,2; we Wiedniu 36,3; w Budapeszcie 49,8; w Pradze 53,7; w Tryjeście 41,5; w Genewie 26,5; w Brukseli 31,1; w Paryżu 27,3; w Londynie 27,8; w Kopenhadze 28,8; w Chrystyjanii 22,8; w Petersburgu 59,1; w Odesie 40,7; w Wenecyi 43,9; w Bukareszcie 58,6; w Barcelonie 36,4; w Berlinie 29,3; w Monachijum 40,3; w Królewcu 38,2; w Augsburgu 49,1; w Strasburgu 44,7; w Dreźnie 28,5. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 16, mianowicie: z ospy 3 osoby nieszczepione, z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 8, z czerwonki 1, z posocznicy 1, z róży 1. Chorych na dur powrotny o wiele mniéj przybywa do szpitala i jest nadzieja, że epidemija tegoż już się przełamała, za to sąsiednie wioski zaczynają nim być nawiedzane.

W tygodniu 14 (od 31 marca do 6 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 54; 26 mężczyzn i 28 kobiet; 22 osób w obwodach i 32 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 51,0.

* **Heidelberg.** D. 1 bm. otwartą została nowa klinika dla chorób ocznych, pod kierownictwem prof. Beckera pozostająca.

* **Mianowania i odznaczenia.** W miejsce zmarłego Dra Blessiga starszym lekarzem w szpitalu chorób ocznych w Petersburgu mianowany został Dr. J. Magawly.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Bartmański przeniósł się z Leżajska do Przeworska.

W skutek porozumienia się z kolegami zamieszkałymi tak w Galicyi, jak w innych częściach kraju, i odpowiednio wyrażonemu ze wszystkich stron zapatrywaniu, Wydział gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje niniejszém do wiadomości, że Zjazd rzeczony w roku bieżącym nie odbędzie się.

* **Sprostowanie.** W Nr. 15 Przegl. Lek. str. 187, szpalcie 2giéj w. 23 od dołu zamiast 40 gr. powinno być 4·0 gr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 2629 pr.

OBWIESZCZENIE.

W myśl rozporządzenia wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się w drugiéj połowie Maja 1878 egzamina przepisane ustawą z dnia 21 Marca 1873 L. 37, dz. ust. p. celem uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Podania o przypuszczenie do tych egzaminów, zaopatrzone w dowody przepisane §. 7 a względnie 17 powołanéj ustawy, wniesione być mają najdaléj do końca Kwietnia rb. do c. k. Prezydyjum Namiestnictwa we Lwowie za pośrednictwem przynależnego Starostwa.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
We Lwowie d. 11 kwietnia 1878.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla